

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

280

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

LHOMME (Jean)

Né le 4 Juillet 1910, à Orgères (Eure-et-Loir)

CONTRIBUTION A
L'ÉTUDE DE LA FORME Tumorale
DE LA TUBERCULOSE LARYNGÉE

Président de Thèse : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

LHOMME (Jean)

Né le 4 Juillet 1910, à Orgères (Eure-et-Loir)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA FORME TUMORALE DE LA TUBERCULOSE LARYNGÉE

Président de Thèse : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	R. JUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
	LOEPER
Clinique médicale.....	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphi- litiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO
Clinique chirurgicale.....	GOSSET
	GREGOIRE
	LENCRMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho- pédie	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale.....	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	M. VILLARET.
Clinique propédeutique.....	TROISIER.
Clinique de la Tuberculose.....	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a- dulte	MATHIEU.
Clinique cardiologique	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	CLOVIS VINCENT.
Assistance Médico-Sociale.....	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.
Professeurs sans chaire.....	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ÉTIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CATHALA.
 Pathologie médicale..... CHEVALLIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 C'o-rhino-laryngologie .. HALPHEN.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.

Obstétrique LANTUÉJOUL.
 Pathologie médicale..... LAROCHE Guy.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Neurologie et Psychiâtrie L'ÉVY-VALENSI.
 Pathologie chirurgicale .. MÉNÉGAUX.
 Pathologie médicale..... MOLLARET
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT I. UT. II. S.
 Médecine légale..... PIÉDELIEVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale.. SÈNÈQUE.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUÉNIOT.
 Pathologie chirurgicale .. HEITZ-BOYER.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale .. SCHWARTZ.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale	BASSET.
AUBERTIN.		BROCO.
BRULÉ.		CADENAT.
CHABROL.		GATELLIER.
DONZELOT.		MOURE.
DUVOIR.		QUENU.
LIAN.		ELTER.
PASTEUR-VALLERY-		} Clinique chirurgicale
RADOT.		
SEZARY.		
MM.	} Clinique obstétricale..	
ECALLE		
METZGER		

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE VENERE

DOCTEUR HENRI LHOMME

Radiologiste des Hôpitaux de Chartres et de Dreux.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Ravi trop tôt à notre affection
et qui eut été si heureux
de voir la fin de nos études.*

*En témoignage de notre amour
filial.*

A MA MERE

*En très faible témoignage de
tout ce que son affectueuse sol-
licitude nous a constamment
prodigué.*

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS.

A MES CAMARADES D'ETUDE ET D'INTERNAT.

A MON PRESIDENT DE THESE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique.
à la Faculté de Médecine de Paris.

Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Nous ne saurions oublier le
très grand honneur qu'il nous
fait en acceptant la présidence
de notre thèse. Qu'il veuille
trouver ici l'expression de no-
tre respectueuse reconnaissan-
ce.*

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MÉDECINE ET DE L'HOPITAL DE TOURS.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAUME LOUIS
MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPEYRE, *in mémoriam*.
MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAYE, *in mémoriam*.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MERCIER

MONSIEUR LE DOCTEUR MAGNAN

*En reconnaissance de ses af-
fectueux conseils, et en hom-
mage de notre reconnaissante
admiration.*

MONSIEUR LE DOCTEUR DESBUQUOIS

MONSIEUR LE DOCTEUR COSSE

MONSIEUR LE DOCTEUR ARMAND MERCIER

MONSIEUR LE DOCTEUR DESNOYELLES

MONSIEUR LE DOCTEUR ANTOINE VIALLE

MONSIEUR LE DOCTEUR ARNAUD.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-MICHEL.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LUQUET.

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Michel.

En témoignage de ma durable gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL FLANDRIN

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Michel.

En hommage de ma profonde admiration. (in mémoriam).

A MONSIEUR LE DOCTEUR CLÉMENT SIMON

En témoignage de ma vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. BONNET-ROY.

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Saint-Michel.

En témoignage de ma vive reconnaissance et de ma respectueuse sympathie.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VICTOR VEAU.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES RECAMIER.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FERRIER.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RÖDERER.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAGRANGE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RUBENS-DUVAL.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SERRAND.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE NEIS.

A MES CAMARADES D'INTERNAT DE L'HOPITAL
SAINT-MICHEL.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUBERT.

*Avec ma profonde admiration,
en témoignage de ma durable
gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROSSERT.

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Saint-Joseph.

*Qui a bien voulu, au cours
de l'exécution de cette thèse,
nous aider de sa haute com-
pétence et de ses précieux con-
seils.*

*Qu'il trouve ici le témoigna-
ge de notre profonde recon-
naissance pour nous avoir fa-
cilité ce modeste travail.*

A MES COUSINS

MONSIEUR LE DOCTEUR GASTON TISSERAND.

Chirurgien des Hôpitaux de Besançon.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

MONSIEUR LE DOCTEUR BARTHELET.

Chevalier de la Légion d'Honneur.
Croix de Guerre.

MONSIEUR LE DOCTEUR FRANÇOIS LEPAGE.

Accoucheur des Hôpitaux de Paris.

*En témoignage de ma vive
affection.*

INTRODUCTION

Il nous a été donné d'observer récemment un malade qui était atteint d'une tuberculose du larynx, localisée à la bande ventriculaire, gauche, et réalisant une véritable infiltration tumorale de cette bande.

Un ganglion cervical, partiellement ramolli, était associé à cette lésion. Ce ganglion fut enlevé, et sa nature tuberculeuse établie par le Laboratoire, nous a permis de porter cette étiquette étiologique sur la lésion laryngée.

A l'occasion de cette observation, nous nous sommes proposé de rappeler les caractères de ces formes rares de tuberculose laryngée, qu'on a désignée sous le nom de tuberculome ou fibro-tuberculome, et d'étudier les problèmes de diagnostic et de thérapeutique qu'elle pose.

OBSERVATION D'UN CAS DE TUBERCULOSE DU
LARYNX A FORME TUMORALE ET
CLINIQUEMENT PRIMITIVE.

Monsieur S. Albert, 28 ans, employé.

Vient consulter à l'Hôpital St-Joseph, le 2 février 1939 pour apparition depuis quelques mois, et sans autre trouble qu'un léger fléchissement de l'état général, d'un ganglion cervical.

EXAMEN.

Deux ordres de faits :

- Un ganglion cervical;
- Des modifications physiques du côté du larynx.

1) Ganglion cervical.

On constate l'existence d'un ganglion qui prend la partie supérieure de la gouttière carotidienne gauche.

Ganglion unique, du volume d'une grosse prune, indolent, ferme mais pas très dur et bien mobile à la fois sur les Plans superficiels et sur les plans profonds.

2) Du côté du larynx.

Sans que le malade ait éprouvé aucun trouble fonctionnel, on constate les modifications suivantes :

Une altération *localisée strictement* à la bande ventriculaire gauche. Celle-ci présente une tuméfaction diffuse, rosée, lisse, qui l'infiltre dans sa totalité, d'aspect ferme, sans aucune ulcération.

Cette tuméfaction de la bande vient recouvrir dans la phonation la corde vocale correspondante qu'elle masque entièrement. Mais dans la respiration, on aperçoit les deux cordes et on peut s'assurer de leur intégrité.

Tout le teste du larynx est absolument propre, absolument indemne de toute lésion.

Le malade ne présente que quelques troubles discrets de l'état général depuis deux à trois mois : un peu de fatigue, léger amaigrissement, pas la moindre modification thermique. On note simplement une très légère modification du timbre de la voix.

Le malade ne présente aucun antécédent pulmonaire.

L'examen clinique des poumons ne montre aucune altération.

Une radiographie pratiquée par le Dr Boulland, Chef du Service de Radiologie de l'Hôpital St-Joseph, confirma l'intégrité de ceux-ci : « Pas même de Calcification des hiles, et, à part une légère ligne scissurale moyenne droite, qui n'a pas de valeur pathologique, on ne décele aucune autre anomalie ».

D'autre part, un Wassermann, en date du 8 février 1939 donne un résultat négatif aux quatre réactions, de Hecht, Wassermann, Meinicke, et Kahn.

De plus, un examen hématologique (Dr Coirre, chef

du laboratoire de l'hôpital St-Joseph), du 10 février 1939 donne les résultats suivants :

Globules rouges	4.500.000
Globules blancs	6.400
Valeur globulaire	80 %
Poly. neutrophiles	60 %
Eosino	2 %
Baso.	1 %
Lympho.	5 %
Moyens monos.	27 %
Grands monos.	5 %

Devant les seules lésions laryngées, le diagnostic pourrait être très embarrassant.

On pourrait penser à une gomme de la bande, ou à une tumeur de celle-ci et il faut bien avouer que ce n'est pas l'idée d'une bacilliose laryngée qu'éveillerait l'examen laryngoscopique.

Mais ici, le diagnostic est orienté par le caractère même du ganglion associé. En effet, les caractères de ce ganglion nous font nettement suspecter sa nature tuberculeuse.

On décide l'ablation de ce ganglion qui forme une masse unique, isolée et qui doit se prêter à une raisonnable exérèse.

L'Intervention est pratiquée sous Anesthésie générale au chloroforme le 3 mars 1939 et la masse ganglionnaire est assez facilement enlevée dans sa totalité.

On trouve un ganglion légèrement adhérent dans

la profondeur et partiellement ramolli à son centre. La partie inférieure est ramollie, et on enlève les parois de la poche. La partie supérieure est constituée par une masse dure, se détachant facilement de la jugulaire interne qu'elle recouvre et remontant assez haut sur l'angle de la mâchoire.

Léger drainage aux crins pendant deux jours et cicatrisation par première intention.

Le malade quitte le service au douzième jour, et part en convalescence à la campagne.

Au moment de son départ, le dernier examen laryngologique montre le même aspect du larynx.

Le ganglion opéré est examiné et l'histologie confirme de façon formelle la nature tuberculeuse de l'adénopathie :

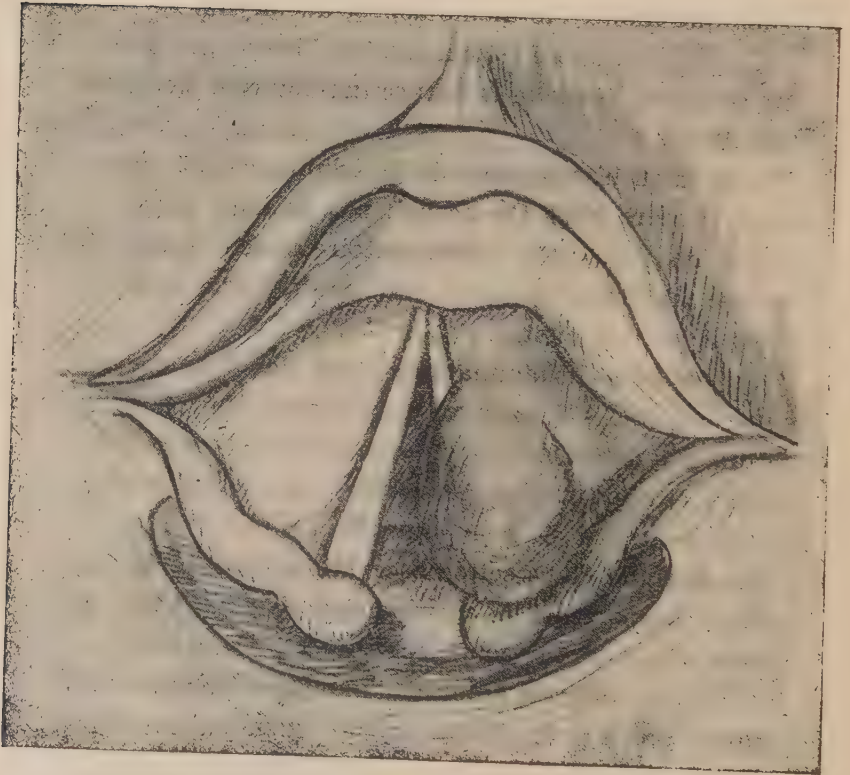
« Examen histologique du ganglion cervical en date du 4 mars 1939. On ne voit pas de tissu ganglionnaire, mais du tissu inflammatoire avec création fibreuse, infiltrant le tissu musculaire strié compris dans le prélèvement.

Les cellules inflammatoires sont des lymphocytes avec quelques plasmocytes et par place, d'assez nombreux polynucléaires. Il y a quelques aspects palissadiques et nodulaires avec cellules géantes, mais nous ne trouvons pas de B. K. dans les coupes ».

En Résumé, dans cette observation, étant bien obligés de rapporter à la même cause le ganglion et la lésion de la bande ventriculaire du côté correspondant, nous avons été amenés, d'une façon relativement simple, grâce précisément à cette adénopathie, à re-

connaître la nature bacillaire d'une lésion laryngée très particulière.

Cette lésion en effet, limitée, d'aspect tumoral, et survenant chez un sujet dont tout le reste de l'arbre respiratoire est indemne de tuberculose, rentre bien dans le cadre de ces lésions exceptionnelles, cliniquement primitives, de tuberculose laryngée à forme tumorale.



HISTORIQUE

Les tumeurs tuberculeuses du larynx ont été étudiées pour la première fois par Tobold en 1866, puis par Mandl en 1872 et par Lermoyez en 1884 qui ont décrit, et donné des observations d'hyperplasies isolées du type papillomateux.

Puis, en 1884, au Congrès international des Sciences médicales de Copenhague, Schnizler fait un compte-rendu sur un certain nombre de ces tumeurs tuberculeuses qui, d'après lui, ne dépassent pas la grosseur d'une noix.

Cartaz, dans les Archives de Laryngologie d'avril 1889 en fait lui aussi une description.

Il faut ensuite passer à Avellis qui, en 1891, publie dans la Deut. Méd. Wochenschr., 23 cas de tumeurs tuberculeuses du larynx, décrivant cette « forme particulière de phtisie laryngée primitive, car on les observe le plus souvent, sans affection pulmonaire appréciable. De volume restreint, ces polypes se rencontrent surtout chez les sujets jeunes ». Ces caractères se retrouvent d'ailleurs chez notre malade.

De même, en 1894, Percy Kidd, Clifford Beale et

Tilley affirment à la Société de Laryngologie de Londres que la situation des tumeurs bacillaires dans la région arythénoidienne, et sous forme de nodule lisse et non ulcéré, est suffisante pour prouver le diagnostic de tuberculose.

En 1899, Charters Symonds, à la Société Laryngologique de Londres décrit chez un de ses malades, une tumeur tuberculeuse ressemblant à un épithélioma, et dont l'examen microscopique fit porter le diagnostic de granulôme tuberculeux. C'est également, à la même Société de Laryngologie, en 1900, que Dudas Grant présente un cas identique. Cette tumeur, de petit volume, prenait naissance sur la ligne médiane, en avant, entre les cordes vocales.

C'est ensuite Trautmann, en 1901 qui, dans les Archives de Laryngologie, pense que « La tumeur tuberculeuse du larynx peut être considérée comme le début d'une infection de l'organisme, au même titre que les premiers phénomènes pulmonaires, la tuberculose des os et des ganglions ». Cette tuberculose serait sans tendance à l'ulcération, et de petite dimension.

Puis, c'est la Société danoise d'otologie qui, en 1901 pour la première fois, prononce le mot de tuberculose du larynx à la suite d'observations de trois malades présentés par Grönbeck, Schmiegelow, et Sophus Bentzen.

Deux ans plus tard, Neufeld, dans la Berlin. Klin. Wochenschr. déclare que « Les tumeurs tuberculeuses peuvent se produire dans n'importe quel point du larynx, qu'elles ressemblent par leur aspect extérieur

aux papillômes, voire même aux polypes, et sont ordinairement de la grosseur d'un petit pois ».

En 1907, Sir Felix Semon, établit, dans le *Journal of Laryngology* les difficultés du diagnostic différentiel entre les tumeurs polypoides tuberculeuses et les tumeurs malignes.

Puis, en 1913, à la Société française d'Oto-Rhino-Laryngologie, Jacques décrit cette « Masse nettement circonscrite, de forme hémisphérique, plus ou moins mamelonnée, recouverte de muqueuse saine, de coloration grisâtre, rosée, ou même rouge sombre, à développement insidieux et lent, s'effectuant sans réaction aucune, chez des sujets le plus souvent exempts de tare bacillaire apparente ».

Il faut attendre 1920 pour que d'autres travaux soient publiés à ce sujet.

C'est Portmann, dans un article de la Presse médicale de 1920, qui désigne sous le nom de « Fibro-tuberculome » du larynx la « grosse tumeur laryngée, bourgeonnante, envahissant peu à peu tout l'organe vocal et les tissus voisins. Ce sont « dit-il également », des néoplasmes bacillaires, présentant avec le cancer une assez complète identité de symptômes et d'évolution, et possédant une structure anatomique particulière ».

Il est enfin intéressant de noter, dans les années qui suivent, que la société d'O. R. L. de Paris : Jacques en 1921, Chatellier, Vallat et Hude en 1925, distingue les cas de tuberculose tumorale du larynx évoluant, les uns chez des sujets indemnes de tuberculose (cuti-

réaction et inoculation des crachats au cobaye négatives) et les autres chez des bacillaires évolutifs.

En 1926, Pons dans sa thèse, donne 9 observations de tuberculose tumorale, mais il est à noter que 7 de celles-ci concernent les cas du tuberculeux pulmonaires évolutifs dont beaucoup avaient été, ou étaient au moment de l'examen cracheurs de B. K.

Enfin, dans les années suivantes, un certain nombre d'auteurs ont montré un caractère frappant de ces tuberculoses tumorales : c'est la coexistence presque constante d'une syphilis héréditaire ou acquise : tel a été le cas de malades étudiés par Despeignes, Wolfenden, Clifford Beale, Chabaud, Ardouin et Zaidiewicz.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il y a lieu de distinguer selon qu'il s'agit :

1) d'excroissances polypeuses de la muqueuse, qui résultent d'un intense développement épithélial de tissu de granulations tuberculeuses (c'est le cas de la tuberculose hypertrophique de Ziegler).

2) De la constitution anatomo-pathologique du fibro-tuberculome.

1) Dans le premier cas :

Ici, la tumeur peut être constituée par un tissu conjonctif au milieu duquel on ne trouve pas toujours des cellules géantes.

La sous-muqueuse est l'objet d'une infiltration inflammatoire au milieu de laquelle on peut rencontrer des capillaires néo-formés. Dans la sous-muqueuse, on voit également de petits follicules de cellules épithéliales, infiltrées de lymphocytes et contenant quelques cellules géantes.

2) Dans le second cas :

On remarque :

D'une part des follicules tuberculeux.

D'autre part une masse fibreuse considérable.

a) Le tissu fibreux, qui entoure les follicules tuberculeux est composé presque exclusivement de grosses fibres conjonctives ainsi que de points d'infiltration leucocytaire plus ou moins abondants.

b) Les follicules tuberculeux, volumineux en général, sont souvent isolés et séparés des autres éléments identiques par du tissu fibreux ; mais ils peuvent également n'avoir aucune séparation.

Chaque follicule a l'aspect typique d'un tubercule constitué, présentant en son centre une cellule géante, parfois deux et présentant de nombreux noyaux périphériques.

Autour de cette cellule géante, on trouve une couche épaisse de cellules épithélioïdes ainsi que quelques fibres conjonctives.

A la périphérie, on trouve un tissu fibreux ordonné en couches concentriques et se raccordant peu à peu au tissu avoisinant.

SYMPTOMATOLOGIE

Il est rare que le malade vienne se faire examiner tout au début de son affection, et c'est seulement lorsqu'il aura eu des accidents phonatoires ou respiratoires, ainsi qu'une altération de l'état général qu'il le fera.

SYMPTÔMES FONCTIONNELS.

On constate au début, et, c'est à cette période que notre malade est venu consulter, une ou plusieurs atteintes de laryngite catarrhale légère, puis :

- 1) une altération de l'état général
- 2) des troubles de la phonation
- 3) des troubles respiratoires
- 4) enfin, exceptionnellement, des douleurs, qui sont plus en réalité des sensations de gêne ou de corps étranger.

5) Quant à la toux et l'expectoration, elles proviennent plutôt de lésions associées des bronches et des poumons.

1) Altération de l'état général.

Presque toujours, cette altération de l'état général

est consécutive à la présence de lésions pulmonaires associées. En effet, lorsqu'il y a des signes d'imprégnation tuberculeuse pulmonaire, l'amaigrissement s'accroît, la fatigue est prononcée, et le teint est pâle.

Lorsque la tuberculose pulmonaire est plus avancée, on note des poussées de température vespérale à 38° au maximum et un état correspondant à la gravité ou à l'étendue de ces lésions.

Puis enfin, si l'évolution se produit, on arrive à la période de cachexie bien connue chez les bacillaires, dont l'état général est si profondément touché.

Mais il est à noter qu'il n'en est pas ainsi chez notre malade, qui, bien que n'étant atteint d'aucun symptôme de tuberculose pulmonaire, est venu consulter pour une altération de l'état général, d'ailleurs faible, associée à la présence d'un ganglion cervical.

2) *Troubles de la phonation.*

Ces troubles varient d'intensité avec le siège de la tumeur et c'est souvent à cause de ceux-ci que le malade consulte.

Au fur et à mesure du développement des lésions, on note de la dysphonie, de l'enrouement, et, à la période terminale, de l'aphonie.

La voix est au début rauque, voilée. Cet enrouement précoce est à peine gênant, n'inquiète pas alors les malades. Puis, lorsque les lésions augmentent, la voix prend un timbre rapeux, désagréable qui a été qualifiée de voix « ligneuse » ou voix « boisée » des cancéreux.

C'est alors que la tumeur envahit la glotte, de façon très lente, et, le malade devient aphone.

Cette aphonie peut être totale lorsque la tumeur occupant la cavité du larynx, empêche le fonctionnement des cordes vocales.

3) *Troubles respiratoires.*

Ces troubles sont absents au début, puis, à l'occasion des efforts, ils se manifestent par une légère dyspnée qui, par la suite devient continue, et aboutissent généralement à des crises de suffocation graves pouvant nécessiter une intervention immédiate.

4) *Douleurs.*

Celles-ci n'existent pas à proprement parler. Il s'agit plutôt de sensations de gêne ou de corps étranger lorsque la tumeur ayant augmenté de volume, elle nuit au passage de l'air et crée ainsi une angoisse respiratoire.

Il ne s'agit donc pas de véritables douleurs.

SYMPTÔMES OBJECTIFS.

A l'examen externe, il faut atteindre la fin de la période d'état pour constater une modification du volume du cou. A ce moment, la tumeur s'est extériorisée. Le cartilage thyroïde s'est infiltré et a été déformé.

Un peu plus tard, lorsque la tumeur a encore progressé, les tissus péri-laryngés eux-mêmes sont envahis.

La palpation montre à ce moment un épaississement dur du cartilage. Le cou est déformé, et prend l'aspect du cou « proconsulaire ». Le cartilage est devenu une véritable « carapace », comme dans le cancer du larynx.

A un stade encore plus avancé, les plans cutanés eux-mêmes sont infiltrés.

EXAMEN LARYNGOSCOPIQUE.

Celui-ci montre au début, et cette phase est rarement observée, les malades ne consultant que plus tard, une tumeur rosée, localisée en un point quelconque du larynx. Dans beaucoup de cas, cette tumeur siégeait au niveau de la bande ventriculaire. Tel est le cas de notre malade.

Si l'examen a lieu à une période plus avancée, la tumeur a perdu sa délimitation très nette. Elle peut alors soit être restée endo-laryngée et obture progressivement la glotte, causant ainsi des phénomènes de suffocation, pouvant nécessiter une trachéotomie. Mais elle peut aussi avoir envahi le cartilage, et causé des modifications visibles à l'examen externe.

Il est un caractère qui a toujours été reconnu immuable dans chaque cas décrit, c'est que la muqueuse recouvrant la tumeur est saine, sans aucune tendance à l'ulcération, même lorsque la tumeur a la forme d'un choux fleur, qui a souvent une large base.

Lorsque l'infiltration est assez prononcée, on a remarqué l'immobilisation des deux arythénoïdes, tout comme dans l'infiltration néoplasique.

Dans la plupart des cas observés, les ganglions étaient absents, tout au moins à la période du début et, souvent, ce n'est qu'à la période terminale que leur présence avait été notée. Mais dans le cas de notre malade, c'est la présence même du ganglion qui a aiguillé le diagnostic.

ÉVOLUTION.

Il semble que l'évolution de la tuberculose tumorale du larynx primitive d'emblée soit très lente. Dans tous les cas où les malades n'étaient atteints d'aucune lésion pulmonaire, ceux-ci ont conservé un état général relativement bon pendant longtemps, et certains même, à la suite de traitements médicaux ou chirurgicaux ont guéri.

Dans certains cas cependant, vus tardivement, le malade meurt par véritable asphyxie. La tumeur a acquis un tel volume qu'elle est la cause d'une crise de suffocation mortelle, si une trachéotomie n'est pas faite d'urgence. On a signalé aussi des cas d'asphyxie par compression des nerfs récurrents par suite de l'extension de la tumeur.

Dans d'autres cas encore, la lésion s'étant développée, elle entraîne de la dysphagie, et, le malade ne s'alimentant plus, il peut mourir d'inanition.

Mais d'ordinaire, c'est la tuberculose pulmonaire qui amène l'issue fatale chez ces malades. En effet, lorsqu'avant le développement de la tumeur ils étaient tuberculeux pulmonaires, et c'est le cas de

beaucoup d'entre eux, les lésions pulmonaires ne font qu'évoluer plus rapidement, et c'est la cachexie tuberculeuse qui amène l'échéance fatale.

D'autre part, certains cas ont été constatés où la tumeur laryngée ne s'accompagnait, au début, d'aucune lésion pulmonaire, et qui se sont cependant terminés, il est vrai après fort longtemps parfois, par une tuberculose pulmonaire ayant évolué brutalement.

PRONOSTIC

Le pronostic est différent selon qu'il s'agit de :

- 1) Phtisie pseudo polypeuse
- 2) Périchondrite tuberculeuse à forme lente
- 3) Fibro-tuberculose.

1) Dans le premier cas, il ne s'agit au fond que d'un polype, soit bénin, soit en voie de transformation maligne, se manifestant chez un tuberculeux pulmonaire. Tout le pronostic sera donc basé à la fois, sur la réponse du laboratoire qui a étudié le polype, et sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire chez le malade.

2) Dans le cas de périchondrite tuberculeuse à forme lente, l'évolution est extrêmement lente. Il s'agit d'une transformation caséuse d'une partie d'une lame thyroïdienne, qui se termine par la fistulisation. Tout le pronostic est donc basé sur des complications toujours possibles, car il n'est pas rare que le malade présente également des lésions pulmonaires.

3) Le pronostic de la fibro-tuberculose n'est pas grave en lui-même, sa présence ne pouvant déterminer de cachexie.

Son développement insidieux s'effectue sans aucune réaction et sans atteinte marquée de l'état général. Lorsqu'il est enlevé à la période du début, puis traité médicalement, il peut ne pas récidiver. Mais, lorsqu'il est abandonné à lui-même, il peut causer de graves accidents asphyxiques, pouvant nécessiter une intervention rapide. Cette tumeur, obstruant petit à petit le larynx, peut être tolérée pendant longtemps, à part quelques crises de dyspnée, et les graves crises de suffocation proviennent soit de l'obstruction brutale des voies aériennes, soit à l'infiltration du voisinage, soit par la compression des nerfs récurrents. L'extension n'est pas assez forte pour causer des troubles importants de dysphagie par compression de l'œsophage.

« Le fibro-tuberculome n'est donc pas grave en lui-même ; il ne le devient que par l'obstacle qu'il apporte au libre passage de l'air, ou par la compression qu'il exerce sur les organes voisins ».

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le plus souvent, le diagnostic clinique de la tuberculose à forme tumorale est impossible à faire d'emblée, et c'est la biopsie qui viendra éclairer la nature tuberculeuse de la lésion.

Il n'est en somme que deux cas où l'idée d'une tuberculose à forme tumorale pourra être suspectée, et seulement suspectée :

1) Celui où le sujet était notoirement tuberculeux auparavant.

2) Celui où on a reconnu la présence d'un ganglion témoin; tel est le cas de notre malade; mais, tous les cas ne présentent pas un ganglion témoin, et c'est alors que la biopsie est indispensable.

PÉRIODE DE DÉBUT.

Soit qu'elle ait la forme d'une masse lisse, isolée ou d'un papillôme, la tuberculose laryngée à forme tumorale peut être confondue à cette période :

a) Soit avec une tumeur maligne, et c'est à elle que l'on songera tout d'abord, surtout si le malade est âgé d'une cinquantaine d'années ou plus.

b) Soit avec des tumeurs bénignes, telles que papillômes, kystes du larynx, fibrômes, lipômes ou enchondrômes.

c) Soit avec des lésions tuberculeuses survenant à la période cachectique chez des tuberculeux pulmonaires notoires.

a) Dans le cas de tumeur maligne, l'examen histologique, lorsqu'un prélèvement sera possible fournira des éléments valables d'appréciation.

b) S'il s'agit d'un diagnostic à faire avec les tumeurs bénignes leur aspect pourra nous donner d'utiles indications.

Les papillômes, qui presque toujours se présentent sous forme de verrues à aspect vilieux, ou aussi comme des végétations en choux fleur, ou en grappes muriformes, pouvant siéger sur toutes les parties du larynx qu'elles remplissent parfois complètement. Ces grappes ne sont pas une tumeur unique, mais des groupes séparés par des îlots de muqueuse saine.

Les kystes du larynx siègent sur les cordes vocales. Ils sont arrondis, sessiles, de volume variant d'une tête d'épingle à celui d'une noisette. Ces kystes sont séreux ou sanguins, ou enfin épidermiques, c'est-à-dire à contenu laiteux.

Les fibromes, de coloration gris rosé, sessiles ou pédiculés et, dans ce dernier cas peuvent pendant la phonation, rester au-dessus des cordes ou être projetés au-dessous. Ils sont implantés sur le bord libre des cordes vocales.

Les lipomes sont presque toujours extra laryngés

et siègent souvent sur l'épiglotte. Ils ont une couleur rosée ou jaunâtre et leur volume augmente rapidement.

Les angiomes sont bosselés et sessiles, de couleur lie de vin, et peuvent être la cause de graves hémorragies.

Les enchondromes, développés au dépens des cartilages, sont des tumeurs sténosantes.

Toutes ces tumeurs bénignes, s'il est possible d'en poser le diagnostic clinique presque toujours facilement, peuvent poser des problèmes qui ne pourront être levés que par la biopsie.

De même l'état bacillaire d'autres organes, où le simple diagnostic d'impression peut amener à faire une biopsie pour différencier la tuberculome de la « phtisie pseudo polypeuse ».

A une période plus avancée.

C'est à ce moment que le diagnostic devient encore plus difficile. La tumeur, tout en restant endo-laryngée, envahit une grande partie du larynx, et peut être confondue avec une tumeur maligne ou syphilitique.

Si à ce stade, on constate l'existence de lésions ulcéreuses, on pourra, de prime abord, écarter l'existence du fibro-tuberculome, décrit par Portmann, tumeur qui, par le fait de sa structure histopathologique conserve une muqueuse normale.

Cependant, s'il s'agit d'une forme ulcéro-végétante,

nous ne devons pas éliminer non plus le diagnostic de tuberculose. Les ulcérations sont, il est vrai, plus irrégulières et plus sales dans le cas de cancer. Mais il arrive que la biopsie seule puisse trancher le débat.

Donc, les deux gros diagnostics à faire sont entre la syphilis et le cancer.

1° *La syphilis tout d'abord.* — Il s'agit ici de la gomme syphilitique, qui se présente sous l'aspect d'une infiltration diffuse, rouge, sans hyper-sécrétion à la surface.

L'infiltration gommeuse, unilatérale, donne à la corde un aspect fusiforme, le maximum de la tuméfaction étant à la partie moyenne. La mobilité de la corde est souvent imparfaite, en raison de l'extension du processus gommeux dans la profondeur. Cependant, la forme régulière, l'aspect général de la gomme sont tout de même suffisamment caractéristiques dans la plupart des cas.

D'autre part, la gomme pourra aussi donner le change avec une tumeur tuberculeuse, avant sa période de fonte et d'ulcération qui se produit dans l'espace de deux ou trois mois au maximum, à moins que le traitement anti-spécifique ne soit intervenu.

La positivité du Wassermann ne peut non plus être invoquée, puisque bon nombre de tuberculeux du larynx sont d'anciens syphilitiques. En effet, sur les cas de tuberculose à forme tumorale décrits par Pons dans sa thèse, deux étaient d'anciens syphilitiques traités ou non, de façon irrégulière. Il en est de même

dans l'observation citée par Germain, Klotz et Joly, où le malade avait contracté la syphilis 16 ans avant l'apparition de sa tuberculose laryngée à forme tumorale. Il en est de même également dans trois cas de fibro-tuberculome cités par Portmann, où le premier avait un Wassermann faiblement positif, le second, un Wassermann franchement positif, et le troisième avait contracté la syphilis de nombreuses années auparavant, et insuffisamment soigné, le Wassermann était encore positif au moment de l'apparition du fibro-tuberculome.

Ces six cas montrent donc la difficulté du diagnostic entre la gomme et la tuberculose laryngée à forme tumorale, sans examen biopsique.

2° *Le cancer*, et surtout celui de la *bande ventriculaire*.

Ici, le diagnostic différentiel est encore plus délicat. Il s'agit souvent de fibro tuberculose de la bande ventriculaire, sans ulcération visible et pouvant donner le change avec des néoplasmes non ulcérés de la bande.

C'est le même aspect, et souvent la même évolution que présentent ces deux sortes de tumeurs.

Cependant, si le fibro-tuberculome est indolent, le cancer, rapidement infecté, est généralement douloureux, et saigne facilement.

L'adénopathie ne donne pas non plus de renseignements. Elle n'est pas un symptôme constant dans la tumeur maligne, où elle n'apparaît qu'à un stade

très avancé d'extériorisation. Cependant, elle est un symptôme en faveur d'un cancer. Dans le cas de tuberculose laryngée à forme tumorale au contraire, l'adénopathie est rare tout au moins au début. Mais il ne faut pas oublier que, dans le cas de notre malade, c'est au contraire la présence d'un ganglion qui nous a nettement fait suspecter la nature tuberculeuse de la lésion.

Donc, à cette période comme à celle du début, on pourra difficilement se prononcer, et ce sera encore le laboratoire qui fera le diagnostic, et c'est seulement l'examen de l'état général et des différents organes qui seront d'une grande utilité.

A LA PÉRIODE TERMINALE.

Lorsque la tumeur tuberculeuse a envahi les cartilages et tissus péri-laryngiens, le diagnostic clinique avec une tumeur maligne deviendra impossible à faire. L'apparition des ganglions et l'aspect « en bouclier » de la région laryngée feront surtout penser à une tumeur maligne dont le point de départ sera difficile à retrouver.

D'autre part, il existe à ce stade deux lésions tuberculeuses qui donneront le change :

1° La fibro tuberculose qui, évoluant à la façon d'une véritable tumeur maligne, envahit tout le cartilage laryngé qui devient d'une dureté de bois, à la façon d'une carapace. Même à cette période ultime, le fibro-tuberculome ne présente aucune tendance à

la suppuration, restant toujours dur en masse, même lorsque les plans cutanés sont envahis par la tumeur.

2° La périchondrite tuberculeuse à forme lente qui se manifeste chez des tuberculeux pulmonaires attaque une lame thyroïdienne. La tumeur est indolente; elle est rénitente au début et fait corps avec le cartilage. Puis, à la façon d'un abcès froid, elle devient fluctuante. La peau prend alors à sa surface une couleur violacée et une fistule s'ouvre.

Le pus obtenu de cet abcès est un pus d'abcès froid.

Si à l'aide d'un stylet on explore le trajet fistuleux, on trouve un cartilage fongueux et nécrosé.

Il est donc difficile de faire d'emblée le diagnostic clinique d'une tuberculose laryngée à forme tumorale.

En effet à tous les stades de son évolution, elle peut être confondue avec d'autres tumeurs bénignes ou malignes. D'autre part, on hésite souvent entre les autres formes tumorales tuberculeuses du larynx, et qui sont :

Le fibro-tuberculome ;

La phtisie pseudo polypeuse;

La périchondrite tuberculeuse à forme lente.

Donc, en dehors de l'évolution, l'indolence, l'état général et les antécédents, il est difficile de suspecter la nature tuberculeuse d'une tumeur laryngée.

Le premier acte à faire en cas de tumeur laryngée sera une biopsie pour examen histologique. Dans le cas de notre malade l'examen du ganglion a suffi. Elle doit être faite dans tous les cas. Même en cas de diagnostic évident, elle apporte des données non négligeables sur la forme histologique de la tumeur.

On lui a reproché de donner un coup de fouet à la tumeur mais il ne faut pas oublier que de nombreux cas ont été cités où la tumeur examinée était à la fois tuberculeuse et néoplasique. Mais il suffit de faire cette biopsie suffisamment près de l'intervention, ou de l'irradiation éventuelles. D'ailleurs, le diagnostic ne peut être posé parfois que par la biopsie seule. Cette biopsie doit être faite avec soin, en pleine tumeur; mais le fragment étant généralement très petit, elle peut quelquefois être négative lorsque la prise a été faite uniquement sur une zone d'œdème. Dans les cas où la biopsie est douteuse, parce que certains aspects histologiques prêtent à discussion, il est nécessaire de la renouveler, et de la faire suffisamment profonde.

Pour s'assurer de la nature tuberculeuse de la tumeur, il sera nécessaire de compléter l'examen microscopique par la recherche du bacille tuberculeux dans la coupe. Mais en règle générale, le B. K., malgré les recherches les plus minutieuses, reste introuvable.

C'est pourquoi, d'ordinaire, il faut faire l'inoculation au cobaye. Cette inoculation, faite soit par une greffe d'une partie de la tumeur, soit par l'injection intra péritonéale de la tumeur brayée, provoque, en

cas de tuberculose laryngée à forme tumorale, la tuberculisation du cobaye.

Enfin, il sera bon de faire une intra-dermo réaction à la tuberculine, des examens radiologiques pulmonaires, et des recherches de B. K. dans les mucosités laryngées. De même, on devra toujours rechercher l'existence d'une syphilis héréditaire ou acquise, puisque dans beaucoup de cas les malades atteints de ces formes tumorales de la tuberculose laryngée en étaient atteints.

Il faut signaler également que la fibro-tuberculose n'exclut pas, même au début, la coexistence d'antécédents tuberculeux pulmonaires, ou même de tuberculose évolutive :

Pons, sur neuf cas décrits de tuberculose à forme tumorale, indique que deux cas seulement étaient totalement indemnes de tuberculose pulmonaire.

Sur les trois cas cités par Lapouge, un seul était exempt de tuberculose pulmonaire.

Notre malade ne présentait aucune lésion pulmonaire.

Il semble donc rare que la tuberculose laryngée soit d'emblée primitive.

TRAITEMENT

Le traitement doit s'inspirer des deux axiomes suivants :

1° La curabilité de la tuberculose laryngée est possible;

2° Le traitement ne doit pas être uniquement laryngologique, mais aussi médical, les tuberculeux du larynx étant la plupart du temps également tuberculeux pulmonaires. Même si, ce qui est rare, le malade n'est pas en même temps tuberculeux pulmonaire, il est des difficultés thérapeutiques considérables qui tiennent à l'organe lui-même, perpétuellement mobilisé par les mouvements phonatoires, traumatisé par la toux, exposé à des infections secondaires, et réagissant souvent mal à un acte chirurgical.

Le traitement exige de la part du malade de la patience et des conditions hygiéniques spéciales.

Il diffère selon qu'il s'agit de :

1° Polypose tuberculeuse laryngée évoluant chez un tuberculeux pulmonaire;

2° Tumeur fibro tuberculeuse du larynx.

DANS LE PREMIER CAS

On envisagera successivement :

a) Le traitement du poulmon et de l'état général, qui se composera de : cure hygiénique, alimentation, aération. Ici, le larynx s'efface devant le poulmon.

b) Le traitement du larynx qui comporte l'immobilisation de l'organe, le traitement chirurgical, le traitement médicamenteux, et le traitement par les agents physiques.

— L'immobilisation du larynx, obtenue par la cure de silence absolue donne d'excellents résultats, et, associée à la discipline de la toux, elle empêche les traumatismes du larynx dus à la phonation.

— Le traitement chirurgical sera le moins traumatisant possible.

Les grosses interventions telles que la laryngectomie seront proscrites comme étant inutiles et donnant souvent un coup de fouet à la tuberculose.

La trachéotomie n'est nécessaire que lorsque les polyptes tuberculeux menacent de provoquer l'asphyxie. Elle amène cependant un repos vocal forcé, mais, dans les cas où elle deviendrait nécessaire, Laurens préfère la remplacer par une trachéofistulisation.

L'ablation à la pince coupante est quelquefois utile dans les formes végétantes.

« L'intervention laryngienne est indiquée et présente alors le maximum de chances de succès chez tout malade qui, avec des lésions laryngées pas trop

étendues, est porteur de lésions pulmonaires torpides avec un état général satisfaisant ».

— La galvano cautérisation peu choquante, détruit, sclérose dans le voisinage de son application. Elle donne de bons résultats dans le cas de gros polypes ou de végétations tuberculeuses, mais doit être précédée d'une bonne cocaïnisation pour éviter tout sursaut du malade.

Les caustiques chimiques laissent le pas à la galvano cautérisation quand il s'agit de grosses masses polypoïdes.

Quant au traitement médicamenteux, en cas de tuberculose à forme tumorale, ce n'est qu'un adjuvant de la thérapeutique et n'agissant que dans un but calmant ou désinfectant.

Les agents physiques également peuvent être employés dans ces formes de tuberculose, entre autres, la radiothérapie, l'électro-coagulation. Quant à l'héliothérapie et l'actinothérapie endolaryngées, elles sont difficilement applicables et ne sont pas sans danger (Philip).

DANS LE CAS DE FIBRO TUBERCULOSE.

Le traitement de cette sorte de tuberculose que l'on a comparée à une sorte de néoplasme à cause de ses récidives possibles et de son extension est donc tout à fait particulier.

S'il est encore peu développé et accessible par les voies naturelles, il est facilement extirpable, et si

l'exérèse a été complète, il peut ne pas y avoir de récurrence (Schmiegolow et Jacques). Cette ablation sera faite à la pince et l'on a pas à redouter de donner de coup de fouet à la tuberculose.

Mais le cas est tout différent lorsque le développement de la tumeur a envahi le cartilage. Dans ce cas, Portmann pense qu'une thyrotomie ou une laryngectomie serait un traumatisme si violent qu'il provoquerait des conséquences fatales. Il vaut donc mieux continuer à laisser se produire l'évolution lente de la tumeur.

Tel était déjà l'avis de Goris en 1905 qui avait remarqué l'inocuité presque absolue des opérations par les voies naturelles sur des larynx bacillaires, tandis qu'elles amenaient souvent des suites mortelles lorsqu'elles étaient faites par voie externe. Cette observation a été faite aussi par Escat en 1913.

Donc, si la tumeur a encore un développement restreint, si elle peut être enlevée en totalité par voie endo-laryngée, il faut opérer. Mais si elle a acquis une extension plus grande et a envahi le cartilage, il faut s'abstenir et laisser se produire l'évolution toujours très lente.

Au cas où le malade aurait des crises de suffocation, il faut se limiter à l'opération palliative et faire une trachéotomie.

CONCLUSION

La tuberculose peut réaliser au niveau du larynx, dans des cas rares, des lésions d'aspect tumoral, simulant souvent des tumeurs malignes, et qui ont été individualisées sous le nom de tuberculomes ou fibro-tuberculomes.

Ces lésions, à évolution lente, présentent une allure clinique qui s'éloigne des formes habituelles de la tuberculose laryngée. Elles sont circonscrites, localisées à une partie limitée du larynx, contrastant avec l'intégrité du reste de l'organe, souvent au niveau d'une bande ventriculaire, comme dans le cas de notre malade. Elles s'accompagnent d'un état général souvent peu ou pas atteint; elles réalisent alors une forme de tuberculose laryngée cliniquement primitive.

Ces formes très particulières posent un diagnostic souvent très difficile avec un cancer du larynx, et c'est parfois seulement la biopsie qui permet d'établir une discrimination certaine.

Le pronostic de ces formes, en raison de leur lenteur évolutive, et de la fréquente intégrité des poumons, où leur atteinte est discrète, est moins sévère

que celui des autres formes de la tuberculose laryngée.

Le traitement de ces lésions comporte, dans des cas rares, une indication chirurgicale, l'ablation de la tumeur, quand celle-ci est possible par les voies naturelles; mais dans la grande majorité des cas, le traitement est purement médical : localement, cautérisations, étincelage, associé au traitement général.

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU.

Vu : le Président de thèse,
LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- SCHNITZLER. — Tuberculöse Tumoren in Larynx, *Wiener Med. Presse*, 1883.
- SCHNITZLER. — *Compte rendu du Congrès international des Sciences médicales*, 1884.
- PERCY KIDD. — A Case of Tuberculous Tumours of the Larynx, *Med. Times*, 26 août 1886.
- MACKENZIE. — Tuberculose Tumours of the Windpipe. *Maryland Med. journ.*, juin 1822 et *Arch. of med.* octobre 1888.
- A. CARTAZ. — *Archives of Laryng.*, avril 1889.
- GOUGENHEIM. — *Compte rendu Congrès Oto Rhino Laryngologie, Paris*, 1889.
- TISSIER. — *Compte rendu Congrès Oto Rhino Laryngologie, Paris*, 1889.
- G. AVELLIS. — Tuberculöse Larynxgeschwülste. *Deutsche Medizin. Wochenschrift*, 1891, n° 32 et 33.
- CLIFFORD BEALE. — *Compte rendu soc. Laryng. de Londres*. Séance du 14 février 1894.
- CHARTERS SYMONDS. — *C. R. Soc. Laryng. de Londres*. Séance du 1^{er} décembre 1899.
- TRAUTMANN. — *Archives of Laryngol. de Londres*, XII, 1, 1901.

- DUNDAS GRANT. — *Compte rendu Soc. Laryng. de Londres*. Séance du 1^{er} juin 1900.
- GRÖNBECK. — *Compte rendu Soc. Danoise d'oto rhino laryngol.* Séance du 23 nov. 1901.
- SCHMIEGELOW. — *Compte rendu Soc. Danoise d'oto rhino laryngol.* Séance du 23 nov. 1901.
- SOPHUS BENTZEN. — *Compte rendu Soc. Danoise d'oto rhino laryngol.* Séance du 23 nov. 1901.
- G. JOUANE. — Des formes néoplasiques de la Tuberculose laryngée. Thèse de Toulouse 1900-1901, in-8, 101 pages, n° 394.
- NEUFELD. — *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 5 janv. 1903.
- JACQUES. — *Compte rendu du Congrès français d'O. R. L.*, 7 mai 1913.
- COLLET. — La Tuberculose du Larynx et des Voies respiratoires supérieures, 1913.
- G. PORTMANN. — Le Fibro tuberculome. *Presse Médicale*, 7 février 1920.
- LAPOUGE. — Le Fibro tuberculome du Larynx. Thèse Bordeaux, 1920, n° 180.
- WOSSENESENSKY. — Tuberculome du Larynx. *Sté O. R. L. de Moscou*, 16 avril 1924.
- GALAND. — Tumeur tuberculeuse du Larynx. *L'oto rhino Laryng. internationale*, 1924, page 574.
- E. CURCHOD. — Considération sur la Tuberculose précoce du Larynx; à propos d'un cas de Tuberculose. *Archives inter. de Laryngologie, Paris*, 1924, XXX., page 660.

- PONS. — Formes tumorales de la Tuberculose laryngée. Thèse Paris, 1926, n° 205, Legrand, édit.
- PONS. — Formes tumorales de la Tuberculose laryngée. *Marseille méd.*, 15, mai 1927.
- G. SANVENERO-ROSELLI. — Tumori tubercolari della laringe il fibro tuberculoma. *Annal. di Laryng otaol.*, 29 : 227-250, Juillet 1928.
- A. BLOCK. — Tuberculose laryngée à forme tumorale. *Annales des maladies de l'oreille*, p. 400. *Archives internationales de Laryngologie*, p. 312, année 1927.
- A. MARION. — Du traitement des Laryngites tuberculeuses par l'Étincelage de Tension. Thèse Paris, 1928, Jouve, Editeur.
- D. G. W. VAN VOORTHUYSEN. — Tuberculome du Larynx avec Cancroïde de la portion basale, *Acta oto laryng.*, 14, p. 525-531, 1930.
- E. F. ZIEGELMEN. — Tuberculome du Ventricule laryngé ressemblant à un prolapsus de la Membrane muqueuse. *Arch. oto laryng.*, 15, 382-388, mars 1932.
- F.-J. COLLET. — Tuberculome du Larynx. *Pratique médico chirurgicale*, Tome 5, page 220, 3^e édition.
- A. MALAN. — Tuberculoma Laryngeal gigante. Emilaryngectomy Guariglioni da sei anni. *Arch. ital. di otol.*, 44, 23 janv. 1933.
- U.-L. TORRINI. — Tuberculosis neoproduttiva faringo laryngea. *Arch. ital. di otol.*, 44, 27 janv. 1933.
- ARDOUIN. — L'Adénopathie pharyngée tuberculeuse. *Annal. mal. or.*, 1933, n° 9.
- WŁODIMIR ZADZIEWICZ. — Un cas de Tuberculose laryngée unilatérale à forme néoplasique. *Revue de La-*

ryngologie, d'otologie, de rhinologie, n° 10, déc. 1933.

H. GERMAIN et AKLOTZ et M. JOLY. — Tuberculose laryngée à forme pseudo tumorale. *Sté. de Laryg. des Hôpit. de Paris*, Séance du 19-12-32. In *Ann. d'oto. Laryng.*, mars 1933, n° 3.

MASUNA SHINICHIRO. — Sur le Tuberculome du Larynx. *Japonais Otologia Fukuoka*, Tome 5, pages 871-876, 1932. Analysé dans *Zentbl. für Hals*, Tome XIX, page 674, 1933.

ARDOUIN et ZADIEWICZ. — Au sujet d'un cas de Fibrotuberculome, associé à une Syphilis et à un Cancer pharyngo laryngé. *Revue de Laryngologie*, n° 3, 1934, page 379.

I.-M. BURAKOW. — Sur le Diagnostic et le Traitement des Tumeurs tuberculeuses du Larynx. *Vestn. soviet. otol.*, t. XXVI, page 319-323, 1934. Analysé dans *Zentbl. für Hals*, Tome XXIV, f. 8, p. 395, 1935.

P. NATALE. — Tubercolosi della laringe clinicamente simulante un Blastoma. *Boll d mal d orrechio d gola d naso*, 53, p. 21 à 35, janv. 1935.

E. COPPO. — Granulome tobercolare laryngeo gigante. *Annales di laring. otol.*, 35, 63-76, 1935.

E. JUNCA. — Fibrotuberculome du Larynx. Exérèse par Thyrofomie. Guérison. 48^e *Congrès de la Sté française d'oto Rhino*, octobre 1935. Résumé dans les *Annales O. R. L.* 1936, page 877.

G. PORTMANN. — Traitement du Fibro tuberculome. *Nouvelles consultations O. R. L. du Praticien*, pages 89 à 91.

G. PORTMANN et RETROUVEY. — Les voies aériennes et la

tuberculose. *Bibliothèque de Phytologie*. Masson, éditeur, 1936, pages 101 à 114.

E. JUNCA. — Sur un cas de Fibro-tuberculome du Larynx. *Revue de Laryngologie*, 56, 128-1233, Déc. 1935.

A. HAUTANT. — Formes tumorales de tuberculose simulant le Cancer et inversement. *Annales d'oto laryngologie*, 1937, n° 7, page 638.

PIQUET et BOURY. — Tuberculose laryngée du type polypeux, donc révélatrice d'une lésion pulmonaire méconnue. *L'Echo médical du Nord. Réunion médico-chirurgicale des Hôpitaux de Lille*. Séance du 20-12-37, t. 9, n° 1, 15 janv. 1938, p. 22.

F.-J. COLLET. — Tumeurs tuberculeuses sous glottiques. *Annales d'Oto Rhino Laryngologie* p. 50-54, 1938.

L. BALDENWECK. — Diagnostic entre le cancer et la tuberculose de la corde vocale. *La France médicale*, 15 mars 1939, page 9.

Imp. spéciale de la Librairie Le François, 91, bd St-Germain, Paris.

